

北海道耳鼻咽喉科医会 入会申込書

貴会に入会を申し込みます。

北海道耳鼻咽喉科医会
会長 千田 英二 様

年 月 日

ふりがな			
氏名	印		
種別 <small>(該当区分に○をご記入ください)</small>	(会員区分)	(年会費)	
	・ A会員 (開業)	14,000 円	
	・ B会員 (勤務・休診)	6,000 円	
	・ C会員 (医育)	4,000 円	
会費無料化 について <small>(記載がない場合は、 会費が無料となりませ るので、ご注意ください。 い。)</small>	C会員（医育）のうち、耳鼻咽喉科専門医を目指す医師（専攻医）に該当する場 合、新規入会から2年間会費が無料となります。 申請する場合は、下記に○をご記入ください。		
	会費無料化を、申請します		
	年 ~ 年		
生年月日	昭和 平成	年	月 日
出身校・卒業年	大学	昭和・平成・令和 年卒業	
同門大学	北大	札医大	旭川医大 その他 ()
医籍登録番号			
自宅	住所	〒	
	電話番号	TEL ()	—
勤務先	名称		
	住所	〒	
	電話番号	TEL ()	—
		FAX ()	—
文書送付先	勤務先		自宅
メールアドレス	@ (北耳会のメーリングリストに登録されます)		

郵送またはFAX (011) 221-5070にてお届けください。